

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 73

LES
KYSTES DERMOÏDES
DU PAVILLON DE L'OREILLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Avril 1921

PAR

VINCENTELLI (Paul-Marceau-Louis-Félicien)

Né à Bonifacio (Corse), le 2 février 1893

Interne des hôpitaux d'Aix-en-Provence

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs
de la Thèse

{ ESTOR, professeur, *Président*.
MASSABUAU, professeur.
GRYNFELTT, agrégé.
ETIENNE, agrégé. }

Assesseurs



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE D'ÉDITIONS D'ART

14, Avenue de Toulouse, 14
Téléphone 8-78

—
1921

LES
KYSTES DERMOÏDES
DU PAVILLON DE L'OREILLE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 73

LES

KYSTES DERMOÏDES

DU PAVILLON DE L'OREILLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Avril 1921

PAR

VINCENTELLI (Paul-Marceau-Louis-Félicien)

Né à Bonifacio (Corse), le 2 février 1893

Interne des hôpitaux d'Aix-en-Provence

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	ESTOR, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs</i>
	MASSABUAU, professeur.		
	GRYNFELTT, agrégé.		
	ETIENNE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE D'ÉDITIONS D'ART

14, Avenue de Toulouse, 14

Téléphone 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	HEDON.
Physique médicale.....	IMBERT.
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Pathologie interne.....	N...
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II.)
Médecine légale et toxicologie.....	N...
Clinique médicale.....	DUCAMP.
Clinique chirurgicale.....	VEDEL.
Clinique obstétricale.....	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique ophtalmologique.....	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants.....	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	TRUC.
Clinique gynécologique.....	BAUMEI.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires.....	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie.....	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées...	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine.....	MM. LEENHARDT. GAUSSEL. EUZIERE. RIMBAUD.	Chirurgie.....	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE. DELMAS (P.).
Anatomie.....	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Histologie.....	DELMAS (J.).	Chimie.....	CABANNES.
	GRYNFELTT.	Physique.....	MESTREZAT.
			PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, *prof.*, *président*.

MASSABUAU, *professeur*.

MM. GRYNFELTT, *agréé*.

ETIENNE, *agréé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Humble hommage de mon éternelle
reconnaissance et de mon inaltérable
amour filial.*

A LA MÉMOIRE
DE MA SOEUR BIEN-AIMÉE JEANNE

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES REGRETTÉS
JULES ET LOUIS VINCENTELLI

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

Souvenir ému.

A MA SOEUR, A MES FRÈRES

M. VINCENTELLI.

A MES ONCLES, A MES TANTES

A MES COUSINS ET COUSINES

A MES AMIS

M. VINCENTELLI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le remercier du très grand
honneur qu'il nous fait de vouloir
bien présider notre jury de thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRYNFELTT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE

M. VINCENTELLI.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

A MES MAITRES DE L'HOPITAL D'AIX

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MES CAMARADES D'INTERNAT

M. VINCENTELLI.

LES KYSTES DERMOÏDES

DU PAVILLON DE L'OREILLE

INTRODUCTION

Les tumeurs du pavillon de l'oreille ne sont pas fréquentes. On observe cependant à ce niveau : soit des tumeurs solides, exceptionnelles, soit des tumeurs liquides.

Les tumeurs solides sont des fibromes, des myxofibromes ou des épithéliomas. Les tumeurs liquides sont des angiomes, des kystes sébacés, des kystes dermoïdes, des kystes séreux.

Les tumeurs liquides ont été pendant longtemps confondues sous le nom d'othématome ; nous verrons ce qu'il faut entendre par ce nom et la distinction qu'il faut faire entre l'othématome et les kystes d'origine congénitale.

Les kystes dermoïdes sont très rares et il est intéressant d'étudier les quelques cas qu'on a l'occasion d'observer.

M. le professeur Estor ayant opéré un petit malade

porteur d'un kyste dermoïde a bien voulu nous en donner l'observation.

C'est ce cas qui constitue le point de départ de notre travail, dans lequel nous exposerons nos recherches bibliographiques ; nous essayerons d'expliquer la formation de ces kystes, leur aspect clinique, leur diagnostic et les méthodes de traitement qui leur sont applicables.

HISTORIQUE

Pendant longtemps toutes les tumeurs liquides ou semi-liquides du pavillon de l'oreille ont été confondues sous le nom d'othématome : *hematoma auris*.

Quelques auteurs furent frappés cependant de constater qu'à l'incision de certains de ces pseudo-hématomes, au lieu de trouver du sang, c'était un liquide visqueux, filant, plus ou moins coloré qui faisait issue.

Déjà, en 1819, Meckel avait publié un cas de kyste dermoïde du conduit auditif externe et, en 1883, Daron, une observation de kyste congénital et de fistule de l'oreille externe.

C'est Hartmann qui, en 1886, sépara nettement, au point de vue anatomique et clinique, les othématomes des kystes du pavillon : « Jusque dans ces derniers temps, dit-il, on décrivait sous le nom d'hématomes, les tumeurs du pavillon à contenu liquide, survenus sans signes bien vifs d'inflammation : mais j'ai montré que cette désignation n'était pas exacte dans bien des cas, puisque, même en incisant la tumeur de bonne heure, on n'y trouvait pas trace d'épanchement sanguin. »

La même année, Séligmann tente une étude pathogénique des tumeurs kystiques du pavillon.

Citons encore les travaux de Knapp, Jacobin, Koll, Roher, Fischenech, Kœssel, Truckenbrod, Barth, Gradenigo, Gillette, Brijout, Lannelongue et Achard, Dupretz, Cesbron, Lévesque.

ANATOMIE

La première fente branchiale, d'après His, est entourée de six saillies dépendant des deux premiers arcs branchiaux.

Le pavillon va se développer aux dépens de ces six bourgeons qui forment au niveau de la région auditive un anneau entourant l'orifice du conduit auditif externe. Celui-ci est constitué par une dépression dont l'extrémité profonde est en rapport avec l'ébauche de la membrane tympanique.

A la fin du deuxième mois, toutes les parties essentielles du pavillon peuvent se reconnaître.

A partir du troisième mois, il forme une saillie appréciable, en même temps que sa consistance augmente avec la différenciation du cartilage auriculaire qui débute vers la fin du deuxième mois.

A la fin de son développement, le pavillon présente une forme généralement ovale, à grosse extrémité supérieure ; c'est une expansion lamelleuse située entre l'apophyse mastoïde en arrière et l'articulation temporo-maxillaire en avant.

Sa face externe est caractéristique avec ses saillies et

ses dépressions. A sa partie moyenne, une excavation profonde, la conque, précède l'orifice du conduit auditif externe.

Autour de cette conque on observe plusieurs saillies qui sont : l'hélix, qui occupe le bord antérieur, supérieur et postérieur du pavillon. Né de la concavité de la conque par la racine de l'hélix, il va se terminer au lobule par la queue de l'hélix.

Il limite en dehors la gouttière de l'hélix dont la berge interne est formée par l'anthélix, saillie divisée en haut en deux branches limitant la fossette triangulaire dans laquelle siège souvent les kystes du pavillon.

Le tragus est situé en avant du conduit auditif externe, c'est une petite saillie triangulaire. Il est situé en avant de la conque, tandis qu'une autre saillie, l'antitragus, est située en face, à la partie inférieure et postérieure de la conque.

Le lobule de l'oreille forme la partie inférieure du pavillon, sa consistance est molle parce qu'il ne contient pas de cartilage.

La structure du pavillon est la suivante : Le squelette est formé par une lame de fibro-cartilage.

Sur ce squelette, qui assure au pavillon sa forme et sa rigidité, on observe des ligaments, des muscles, des vaisseaux et des nerfs, une enveloppe cutanée.

Les artères du pavillon proviennent de la temporale superficielle et de l'auriculaire postérieure, branche de la carotide externe.

En général, il y a trois branches auriculaires antérieures et trois postérieures.

PATHOGÉNIE

Les kystes du cou et de la face ont donné lieu à un nombre considérable de travaux que nous ne saurions résumer ici. L'appareil branchial est à l'origine des diverses malformations congénitales et Cusset a rapproché les tumeurs dermoïdes des fistules branchiales.

La théorie de l'enclavement de Verneuil paraît expliquer d'une façon satisfaisante la formation des kystes dermoïdes congénitaux du pavillon. La présence de nombreuses saillies, le siège du kyste en pleine région fissuraire, donnent à cette théorie toute sa valeur.

Un pli d'ectoderme se trouve inclus, au cours du développement, en plein mésoderme; il en résultera la formation d'un kyste dermoïde, comme les inclusions entodermiques donnent des kystes mucoïdes.

Le tégument tout entier étant ainsi inclus sous la forme d'un véritable sac de peau, il comprend l'épiderme, le derme, les glandes et les poils.

Ce sac ectodermique peut rester stationnaire, mais il peut aussi se développer par suite de l'accumulation des produits de desquamation et de sécrétion glandulaire: glandes sébacées.

Au niveau du pavillon la faible épaisseur des téguments fait que l'adhérence au cartilage est précoce. Le cartilage est déformé plus ou moins et peut être altéré dans sa structure par un processus atrophique étudié par Mayer. Dupretz a étudié au microscope un fragment de cartilage enlevé au cours d'une opération. Il a trouvé des phénomènes d'usure et d'atrophie et, en certains points, un processus de prolifération et une tendance à l'ossification ; celle-ci a été d'ailleurs observée dans les kystes du pavillon.

Un point intéressant à signaler est le rôle du traumatisme dans la formation des kystes du pavillon.

On connaît des cas de kystes dermoïdes produits par des traumatismes ; il s'agit alors d'une inclusion, par un agent vulnérant, d'un fragment de peau dans la profondeur des tissus (Gross, Poulet, Kirmisson, Péraire, Le Fort).

Cette origine ne peut être invoquée ici. Mais elle a été soutenue, pour les kystes séreux, par des auteurs qui admettent la contusion chronique. Celle-ci, pour certains auteurs, donnerait une sorte de bourse séreuse, un hygroma, mais cela n'explique pas les lésions cartilagineuses et pour Dupretz il y aurait plutôt contusion chronique et périchondrite exsudative.

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Les kystes dermoïdes siègent de préférence sur la face postérieure du pavillon. Les kystes du lobule sont exceptionnels, nous en rapportons cependant une observation. Leur développement est très lent, il remonte le plus souvent à l'enfance, sans rapport avec un traumatisme. Ils peuvent exister au moment de la naissance ou n'apparaître que plus tard ; en général, la puberté leur donne un coup de fouet, ils se mettent alors à augmenter de volume avec rapidité.

Certains après avoir acquis un volume déterminé restent stationnaires.

Le volume du kyste est très variable, mais il est le plus souvent peu considérable, on les compare dans les observations à une noisette, à une noix.

La tumeur se développe insidieusement, elle est indolore, spontanément et à la pression.

A l'examen, on remarque que le kyste est développé sous la peau. Celle-ci présente un aspect normal, elle n'est altérée ni dans sa coloration ni dans sa mobilité, et elle glisse facilement sur la surface du kyste.

Cependant sous l'influence d'une contusion, d'une irri-

tation, la poche peut-s'enflammer et suppurer, elle adhère alors aux téguments qui rougissent et se fistulisent. L'adhérence aux plans profonds est plus fréquente. La forme est assez régulièrement arrondie ; la consistance est molle, pâteuse ; presque solide parfois, avec une fluctuation plus ou moins nette suivant la fluidité ou la consistance épaisse du contenu.

Celui-ci est variable : en effet, tantôt relativement liquide, jaunâtre, il est aussi souvent épais, blanchâtre et contient des débris d'épithélium, des matières grasses, des poils, parfois de véritables concrétions calcaires.

Quelles sont les tumeurs qui peuvent être confondues avec les kystes dermoïdes ?

Les kystes sébacés présentent la même allure ; leur forme, leur consistance pâteuse sont identiques. C'est une tumeur commune au niveau de la face et du cuir chevelu, et c'est à elle qu'on pensera le plus souvent en clinique.

Le kyste sébacé peut être reconnu à son adhérence à la peau, à la présence à sa partie culminante d'un point noir caractéristique, orifice de la glande sébacée, distendu, élargi et obstrué par des cellules épidermiques pigmentées.

La peau, distendue par le développement de la poche, est généralement amincie, lisse, parfois vascularisée.

Il faut reconnaître que ce sont là des finesses de diagnostic et que, en l'absence de point noir central et d'adhérence à la peau, les deux tumeurs sont absolument impossibles à différencier.

Les kystes séreux s'observent surtout en avant dans la fossette située entre les deux branches bifurquées de l'anthélix.

Leur développement est lent et progressif, la peau est

d'abord normale d'aspect, plus tard apparaît un signe caractéristique : la peau, amincie par distension, prend au centre une coloration bleutée qui tranche sur la coloration normale du pavillon. Ces kystes sont plus fluctuants ou plus rénitents que les kystes dermoïdes qui donnent à la palpation une consistance pâteuse.

L'othématome a souvent un début brusque ; on sait que sous ce nom on désigne un épanchement de sang qui se produit après un traumatisme, entre le cartilage et le périchondre. Cette lésion se voit chez les boxeurs. Elle est fréquente aussi chez les aliénés et, chez ces derniers, certains auteurs l'ont considérée comme résultant d'un trouble trophique ou d'une altération vasculaire.

En plus de cette apparition rapide, on a signalé dans quelques cas, au début, une teinte ecchymotique de la peau qui s'explique par l'extravasation sanguine.

Il ne s'agit donc pas d'une tumeur vraie, mais d'un épanchement dont on peut retrouver l'origine. D'autre part, un autre bon caractère c'est l'existence habituelle de phénomènes douloureux, au début le pavillon est chaud et enflammé.

Signalons à côté des othématomes les collections séreuses décrites par Dupretz et développées entre le périchondre décollé et le cartilage atteint de chondrite. Ce seraient des *kystes professionnels* développés, par exemple, chez les charpentiers portant des poutres sur leurs épaules. Leur pavillon exposé à des contusions répétées serait le siège d'un épanchement séreux.

Le lymphadénome a été observé une seule fois au niveau du pavillon, il n'y a donc pas lieu d'insister sur le diagnostic différentiel. D'ailleurs l'aspect de cette tumeur est bien spécial et elle ne représente pas la régularité et

la consistance pâteuse du kyste dermoïde (Haug. Arch. f. Ohren., 1891 et 1897).

Les tumeurs vasculaires ne sont pas rares au niveau du pavillon, elles ont été étudiées par Gesbron (Thèse de Paris, 1909, n° 165). On y distingue cliniquement les angiomes cutanés et les angiomes sous-cutanés : Les naevi appelés vulgairement taches de vin ne font qu'une légère saillie sur la peau. Ce ne sont pas des tumeurs et leur coloration caractéristique : rose, violet, rouge, les fait reconnaître. A côté de la tache érectile, on trouve la tumeur érectile ou angiome tubéreux : mûre, fraise, framboise. Rouge violacée, cette formation est facile à distinguer par son aspect, son augmentation de volume sous l'influence des cris et des efforts par sa réductibilité : c'est une malformation congénitale.

Le diagnostic ne présente quelque intérêt qu'avec les angiomes sous-cutanés. Ceux-ci apparaissent plus ou moins tardivement, ils envahissent une partie plus ou moins étendue du pavillon, mais sont recouverts d'une peau normale. On en distingue deux formes : l'angiome sous-cutané circonscrit et l'angiome sous-cutané diffus ; le premier est le plus fréquent au niveau du pavillon.

Dans quelques cas, la coexistence d'angiome cutané et sous-cutané facilite le diagnostic.

La tumeur ne dépasse pas en général le volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon, mais la déformation peut être considérable ; dans un cas de Bréchet (Acad. de méd., 1833), la partie supérieure du pavillon retombait jusqu'au conduit auditif externe.

L'angiome est adhérent aux plans profonds.

L'angiome diffus se reconnaît aisément. Il est formé de tumeurs bosselées, irrégulières, peu surélevées, recouvertes d'une peau rouge ou violette suivant les

points examinés, molles et fluctuantes, animées de battements systoliques.

Le pavillon peut acquérir des dimensions très considérables ; dans certains cas s'ajoutent à ce tableau des symptômes subjectifs : chaleur, pulsations, sifflements rendant l'existence très pénible au malade.

De graves hémorragies peuvent compliquer cette affection.

Les tumeurs solides sont plus fréquentes que les angiomes.

Les fibromes et fibro-lipomes se reconnaissent à leur consistance, à leur limitation.

Huiton a décrit des *tumeurs graisseuses* siégeant surtout dans le lobule et fréquentes chez les goitreux (J. Disc. of the Ear, Holmes's System of Surgery, London, 1870, vol. III).

La tumeur indolore est molle et pâteuse comme tous les lipomes.

Nous ne ferons que signaler :

Les tumeurs fibreuses, rares en Europe, fréquentes chez les négresses chez lesquelles elles peuvent acquérir des dimensions considérables.

Les épithéliomes sont très rares au niveau du pavillon, on ne peut les confondre avec les autres tumeurs qu'au début, avant la période d'ulcération et d'extension périphérique.

Les gommes tuberculeuses ou syphilitiques, rares également, seraient diagnostiquées par la notion de tuberculose ou de syphilis en évolution, par la coexistence d'autres accidents, par l'évolution vers la fistulisation, par la ponction, par les examens de laboratoire (examen du pus, réaction de Wassermann).

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le pronostic des kystes de l'oreille est favorable, ils constituent une affection bénigne.

Leur seule complication, c'est la suppuration. Celle-ci entraîne l'ouverture spontanée ou chirurgicale de la poche, il en résulte une fistule.

La fistulisation des kystes de la face postérieure du pavillon est importante à connaître, car cette complication peut entraîner des erreurs de diagnostic. On peut croire en effet que la fistule est due à une mastoïdite ancienne ou à une inflammation de voisinage.

Les commémoratifs, l'examen au stylet, l'examen de l'oreille établiraient le diagnostic.

Laissés à leur évolution naturelle, les kystes ont une tendance à s'accroître lentement en général ; parfois, sous l'influence de causes diverses : traumatismes, puberté, ils peuvent grossir avec rapidité ; enfin, après avoir atteint un certain volume, ils peuvent rester longtemps stationnaires.

Si le pronostic des kystes du pavillon est exempt de toute gravité, le côté esthétique amène souvent le malade au chirurgien ; ces tumeurs occupant particulièrement une région exposée, le porteur demande à en être débarrassé.

TRAITEMENT.

On trouve dans les anciens traités de longues discussions sur le traitement des kystes de l'oreille; les chirurgiens redoutaient autrefois les cicatrices vicieuses et difformes.

On a proposé successivement les badigeonnages à la teinture d'iode, le massage, le froid (application de glace); puis des moyens chirurgicaux: la ponction simple, la ponction suivie d'injections modificatrices, l'incision simple suivie de curettage de la poche, le séton.

Tous ces modes de traitement n'ont plus qu'un intérêt historique, actuellement la méthode de choix est évidemment l'extirpation du kyste.

En effet, la ponction simple ne laisse peut-être pas de traces, mais elle ne guérit pas le kyste qui se reforme rapidement, de plus le liquide est souvent épais et s'écoule difficilement par l'aiguille ou le trocart.

L'injection d'un liquide modificateur n'amène pas sûrement la guérison, bien qu'on ait essayé un grand nombre de substances: iode, chlorure de zinc, solution phéniquée forte, etc. Ces liquides irritants entraînent d'ailleurs des réactions locales violentes et des douleurs

telles parfois qu'on a été obligé d'inciser la poche au bistouri pour calmer les souffrances du malade.

Le séton vide mal la poche, demande beaucoup de temps pour amener la guérison et favorise l'infection.

L'incision suivie de curettage demande également un temps assez long, elle nécessite de nombreux pansements, donc favorise l'infection, enfin et surtout elle laisse une cicatrice disgracieuse adhérente au cartilage, quelquefois douloureuse.

Ce procédé a été perfectionné par la suture immédiate avec drainage aux crins.

Mais actuellement on aura recours exclusivement à l'extirpation de la totalité de la poche suivie de la suture immédiate.

Cette petite intervention est très facile, elle se fait simplement sous anesthésie locale et donne une guérison rapide et durable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le professeur Estor)

Kyste dermoïde du pavillon de l'oreille

S. P..., âgé de 9 ans, entre à l'hôpital Suburbain le 17 novembre 1920 pour une tumeur de la face postérieure du pavillon de l'oreille gauche.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels.

La tumeur existait à la naissance sous la forme d'une petite grosseur du volume d'un tout petit pois. Elle a augmenté progressivement, jusqu'à atteindre le volume actuellement constaté.

A l'examen, on trouve une tumeur arrondie, du volume d'une noix, siégeant à la face postérieure et supérieure du pavillon de l'oreille gauche qui est repoussé en avant et qui est déplacé sur un plan frontal.

La tumeur n'est douloureuse ni spontanément, ni à la

pression. Elle n'est pas adhérente à la peau, mais elle paraît fixée sur le cartilage.

Très nettement fluctuante, elle présente cependant à la palpation une petite nodosité assez ferme à son centre.

Ses dimensions sont de deux centimètres et demi suivant le diamètre transversal, sur un centimètre et demi dans le sens vertical.

Le 30 novembre 1920, la tumeur est énucléée en totalité par M. le professeur Estor, avec la plus grande facilité.

La tumeur est formée par une paroi assez résistante, de coloration blanche. Dans l'intérieur de la poche on trouve une substance caséeuse blanche.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION II

(Résumée)

(E. Blanc. — Loire médicale, 15 octobre 1895)

Kyste dermoïde du pavillon de l'oreille

X..., âgé de 16 ans. Tumeur située à la partie postérieure du pavillon de l'oreille droite. Elle a été remarquée pour la première fois il y a six ans, elle avait alors le volume d'une noisette.

Depuis trois ans elle a augmenté de volume et s'est ramollie, elle n'a jamais été douloureuse, seule la question esthétique fait réclamer l'opération.

A l'examen : tumeur de la face postérieure du pavillon

du volume d'un œuf de pigeon, arrondie, molle, rénitente, fluctuante. Peau normale recouverte d'un délicat lacis vasculaire et mobile sur la tumeur. Celle-ci est fixée dans la profondeur.

Extirpation de la poche qui s'énuclée facilement, sauf en arrière où elle fixée solidement au cartilage par un petit prolongement fibreux.

La poche incisée contient une bouillie blanc-jaunâtre et quelques poils. La poche est épaisse, solide ; sa paroi interne, lisse, unie, présente un revêtement de poils follets.

OBSERVATION III

(Dr Jacques, Nancy, 1905. Recueillie par le Dr Dufays)

Kyste dermoïde du sillon rétro-auriculaire gauche

Charles E..., 11 ans, entre le 9 octobre 1905. Vient consulter pour une tuméfaction rétro-auriculaire, datant de l'enfance et ayant décollé le pavillon de l'oreille gauche. L'enfant porte dans la partie moyenne du sillon rétro-auriculaire gauche une tuméfaction moliasse, non fluctuante, indolore et du volume d'une petite noix : les téguments ont conservé leur coloration normale.

L'examen fait constater, en outre, l'existence de végétations adénoïdes volumineuses et d'une hypertrophie amygdalienné.

On porte le diagnostic de kyste dermoïde du pavillon. L'énucléation, pratiquée le 10 octobre, est assez facile. Les bords de l'incision rapprochés par quelques points de suture se réunissent par première intention.

OBSERVATION IV

(Prof. Citelli de Catania, Congrès de Milan, sept. 1906)

Kyste dermoïde du lobule de l'oreille

Tumeur du volume d'une noisette, située sur la face postérieure du lobule, contenant une bouillie onctueuse.
Examen histologique : Kyste dermoïde.

OBSERVATION V

(Résumée)

(Dr Texier, de Nantes, publiée par Lévesque)

Kyste dermoïde de la conque du pavillon de l'oreille chez un nourrisson

Enfant de 11 mois. Tumeur de la conque remarquée à l'âge de trois mois ; grosse alors comme un pois elle a atteint les dimensions d'une noisette et obstrue le conduit auditif.

Elle est mollassse, pseudo-fluctuante, mobile sous la peau, adhérente aux plans profonds.

Enucléation facile sous chloroforme. La poche contient une substance blanche, épaisse.

Examen histologique : Kyste dermoïde.

CONCLUSIONS

Les kystes du pavillon de l'oreille sont rares :

On observe à ce niveau des kystes dermoïdes, des kystes sébacés, des kystes séreux.

Ces tumeurs sont en général congénitales.

Les kystes dermoïdes reconnaissent probablement comme origine l'enclavement d'une portion d'ectoderme : théorie de Verneuil.

Le diagnostic des kystes du pavillon est facile en général ; on les distinguera de l'othématome qui apparaît rapidement, s'accompagne souvent d'une teinte ecchymotique de la peau et des phénomènes douloureux ; des angiomes qui ne sont pas rares et présentent des caractères particuliers et des tumeurs solides.

Le traitement de ces formations consiste en l'ablation complète de la poche kystique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 mars 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 16 mars 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES et SAPPEY. — Kyste dermoïde du pavillon de l'oreille (Soc. sc. méd. et biol. de Montpellier, 10 décembre 1920).
- BEC. — Kyste séreux du pavillon (Gaz. des hôp., 1897).
- CARRABRO. — Kyste sébacé du conduit auditif (Bolett. di laryng., 1902).
- CHARASSE. — Tumeur fibreuse du pavillon (Soc. franç. de laryng., mai 1902).
- CESBRON. — Angiomes du pavillon de l'oreille (Thèse de Paris, 1909, n° 465).
- CITELLI. — Néoplasmes de l'oreille externe (Ann. mal. oreilles; larynx, févr. 1909).
- COOSEMANS. — Tumeurs kystiques du pavillon (Société d'otologie belge, 1905).
- CUSSET. — Thèse de Paris, 1877.
- DUPRETZ. — Kystes du pavillon (Thèse de Lille; 1897, n° 48).
- HARTMANN. — Formation des kystes du pavillon (Zeit. f. Ohren., 1886, 87-88).
- HERSLER. — Kystes du pavillon après l'othématome (Arch. f. Ohren., 1886).
- ITARD. — Traité des maladies de l'oreille et de l'audition (Paris, 1842).
- JEANNEY. — Kystes près de l'oreille (The med. and surg. Report, Philadelphie, 1886).
- KRAMER. — Traité des maladies de l'oreille (Paris, 1898).

- KIRMISSON. — Traité des mal. clin. d'origine congénitale (Paris, 1898, p. 171, fig. 75).
- KJØR. — Fibro-angiome du pavillon de l'oreille, du volume d'une noix (Soc. danoise d'otol. et de laryng., 1906).
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux (Paris, 1886, planche IV).
- LANNELONGUE et MÉNARD. — Affections congénitales. Tête et cou (Paris, 1891).
- LAKE. — Kyste séreux du pavillon (Soc. d'otologie du Royaume-Uni, 1901).
- LAVRAND. — Traitement des kystes du pavillon (Soc. franç. d'otol. et laryngol., 1892).
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, t. XVIII, p. 297.
- LÉVESQUE. — Kystes dermoïdes de l'apophyse mastoïde et du pavillon de l'oreille (Thèse de Paris, 1907, n° 237).
- POLI. — Kyste de l'oreille externe (II^e Congrès de la Société otolaryng., 1903).
- ROLLET. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir., 1889.
- SCHATZ. — Kyste osseux du pavillon (Monat. f. Ohren., 1905).
- SÉLIGMANN. — Formation des kystes du pavillon (Zent. f. Ohren., 1886).
- SINGER. — Kyste dermoïde du pavillon (Soc. autrich. d'oto-rhinolaryng., 1899).
- SUGAR. — Tumeurs du pavillon (Arch. f. Ohren., 1899).
- URBANTSCHITSCH. — Néoplasmes bénins du pavillon (Soc. autrich. d'oto-rhinolaryng., 1895).
- VARIOT. — Malform. congénit. du pavillon de l'oreille et de l'oreille externe chez les enfants (Journal de clin. et de thérap. infantile, Paris, 1894).
- VOITURIER. — Collection non hématique du pavillon (Journ. de méd. de Lille, 1886).
- WOJSLAVOSKY. — Tumeur de l'oreille (Annals of otology, 1906).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
